

O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa *Lazer e Saúde* da Prefeitura de Santo André/SP¹

The concept of “Intersectoriality”: contributions to the debate from the *Leisure and Health* Program of the Prefecture of Santo André/SP

Marcos Warschauer

Doutorando em Saúde Pública na Universidade de São Paulo.
Endereço: Rua Francisco Bayardo, 551, Apto. 142, CEP 05020-010, Pompéia, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: marcoswar@usp.br

Yara Maria de Carvalho

Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada da Universidade de São Paulo.
Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 65, Cidade Universitária, CEP 05508-030, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: yaramc@usp.br

¹ Este artigo é parte da dissertação de mestrado: “Lazer e Saúde: as práticas corporais no sistema público de Santo André”, aprovada no Programa de Pós-Graduação em Pedagogia do Movimento da Faculdade de Educação Física e Esporte da USP, com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Resumo

Com base em pesquisa desenvolvida a partir do Programa *Lazer e Saúde*, planejado e implementado pelas Secretarias de Saúde e Esporte e Lazer da Prefeitura de Santo André entre 2007 e 2009, problematizamos o conceito “intersectorialidade”. Entendemos que o recorte sobre este tema é determinante na discussão e qualificação das iniciativas voltadas, neste caso, para as práticas corporais, haja vista a literatura apresentar, a cada dia, novos elementos para o debate visando garantir estratégias que efetivamente respondam às necessidades de saúde da população. Entrevistas com gestores do Lazer e da Saúde foram realizadas com intuito de subsidiar a discussão. Os temas discutidos neste artigo apontam para a fragilidade da ação intersectorial no Programa e evidenciam que as dificuldades são também objeto de discussão e enfrentamento ressaltados na literatura acadêmica. Nesse sentido, o estudo chama a atenção para cinco dificuldades da ação intersectorial que devem ser levadas em consideração na elaboração de projetos e programas intersectoriais: complementaridade entre setorialidade e intersectorialidade; necessidade de caracterizar o contexto; pactuação e alinhamento em relação a conceitos, objetivos, diretrizes, metas e avaliação dos projetos, programas e políticas; constituição de redes de trabalho e comunicação entre os diversos atores.

Palavras-chave: Intersetorialidade; Políticas públicas de saúde; Práticas corporais; Saúde e lazer.

Abstract

On the basis of research carried out from the “Leisure and Health” program, planned and implemented by the Health and Sport and Leisure Departments of the Prefecture of Santo André between 2007 and 2009, we discuss the concept of “intersectoriality”. We understand that the setting of this theme is determinant in the discussion and qualification of the initiatives targeting, in this case, bodily practices considering that the literature constantly presents new elements for the debate aiming to guarantee strategies that effectively meet the health needs of the population. Interviews with the managers of Leisure and Health were conducted with the purpose of aiding the discussion. The topics discussed in this article point out the fragility of the intersectorial action in the program and give evidence that the difficulty of intersectorial action is also the subject of discussion and confrontation in the academic literature. From this perspective, the study calls attention to five difficulties of the intersectorial action, which should be considered in the preparation of intersectorial projects and programs: the complement between sectoriality and intersectoriality; the need to regard the context; agreement and alignment in relation to concepts, objectives, guidelines, goals and evaluation of projects, programs and policies; setting up working networks and communication between those involved.

Keywords: Intersectoriality; Public Health Policies; Corporal Practices; Leisure and Health.

Introdução

Os avanços tecnológicos e o processo de globalização, orientado por um mercado que é o principal regulador dos conflitos, geraram fortes mudanças na vida das pessoas e na resolubilidade dos sistemas de saúde. O processo saúde-adoecimento é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e a racionalidade biomédica, atrelada ao modo de pensar capitalista, não consegue modificar os determinantes sociais de saúde.

Procurar outros caminhos para a saúde no Brasil tem significado pensar na participação comunitária, no desenvolvimento de coalizões entre setor público e setor privado e na constituição de um sistema de saúde inclusivo (Westphal, 2000; Brasil, 2006). Um marco desse processo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) - “Democracia é Saúde” - em 1986, cujo relatório final apresentou os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS): “o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população” (Brasil, 2006, p. 10).

A partir de então, a estratégia de atenção à saúde recupera a perspectiva de promoção da saúde definida nas conferências internacionais (Brasil, 1996) que enfocam os aspectos determinantes do processo saúde-adoecimento como a violência, o desemprego, a falta de saneamento básico, a habitação inadequada, a fome, a baixa qualidade do ar e da água, dando ênfase nas possibilidades de os sujeitos e coletividades optarem por determinados modos de vida, de forma a criar novos caminhos para a satisfação de seus interesses, desejos e necessidades de saúde da população brasileira.

Propõe-se, então, maior abrangência nas intervenções em saúde, de modo que a organização da atenção e do cuidado opere para além dos muros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do sistema de saúde, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades. Esta perspectiva democrática de organização de saúde

ultrapassa as sistemáticas institucionalizadas de controle social e se compromete com a criação de mecanismos de mobilização e participação da sociedade - usuário, movimentos sociais, trabalhadores de saúde, gestores de diversos setores - exigindo a captação de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde.

Assim, coloca-se à saúde o desafio da intersectorialidade como nova forma de organização diante da maioria das estruturas municipais que se apresentam em formato piramidal, arranjas por vários escalões hierárquicos e departamentos, que dificultam a participação popular no exercício dos seus direitos sociais (Westphal e Mendes, 2000; Junqueira, 1997). A intersectorialidade é a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos. No campo da saúde, pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Mais do que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com as respostas do setor saúde perante os problemas complexos do mundo moderno (Feuerwerker e Costa, 2000).

Nessa perspectiva, as ações intersetoriais têm se mostrado como uma estratégia importante na busca de novos modelos organizacionais e pode ser entendida como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a comunidades e a grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico, com o objetivo de atender as suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integral (Junqueira, R., 2000; Junqueira e col., 1997). É um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que resulta também na gestão integrada das políticas sociais e que procura responder com eficácia aos problemas da população de um determinado território. Para tanto, é necessário considerar os interesses em jogo e os processos que privilegiam determinada política setorial (Nascimento, 2010) e permear as organizações por uma nova lógica, que

exige compromisso e vontade política dos dirigentes para mudar suas práticas e oferecer aos cidadãos uma vida com qualidade (Junqueira, 1997).

Nesse sentido, o compromisso do setor saúde é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é composto por múltiplos aspectos, pertinente aos diversos setores governamentais, privados e não governamentais, que devem compor suas agendas quando forem constituir suas ações e políticas específicas para garantir a saúde como direito humano e questão de cidadania (Brasil, 2006).

São muitos os desafios da intersectorialidade, não há receita de como praticá-la ou com quem compor as agendas. Entretanto, existem, na literatura, experiências que podem nos dar pistas para a resolução de alguns dos problemas da saúde. Este artigo pretende contribuir com o debate, a partir da pesquisa-intervenção junto ao Programa *Lazer e Saúde*, implementado pelas Secretarias de Saúde e de Cultura, Esporte e Lazer de Santo André, privilegiando seus limites e possibilidades.

O Programa *Lazer e Saúde*

O *Lazer e Saúde* foi um Programa realizado pelas Secretarias de Saúde e de Cultura, Esporte e Lazer de Santo André/SP a partir da identificação da grande demanda da população por práticas corporais, para as quais o mercado privado havia se organizado e o poder público não. Inicialmente, em 1998, o Departamento de Lazer introduziu, de maneira experimental, a prática do Liang Gong nos Centros Comunitários e devido à grande procura, em 2001 a ação foi ampliada com o Tai Chi Chuan e o Yoga.

A gestão municipal de Santo André, nesse período, dava ênfase à participação popular por intermédio de plenárias do Orçamento Participativo (OP) nas regiões da cidade e as práticas corporais apareceram como demanda eleita pela população em uma das plenárias. A partir de então, a ação ganhou força com a realização das práticas orientais em parques, Centros de Educação de Santo André (CESAS) e em algumas Unidades de Saúde (US²) com o surgimento do Projeto “Caminhando para

2 Em Santo André, adotou-se Unidade de Saúde (US) em detrimento de Unidade Básica de Saúde (UBS), pois se entende que na US trabalham outros profissionais de saúde além da equipe básica.

a Saúde”, implementado inicialmente em dez US e depois, no ano seguinte, ampliado para vinte e duas US concomitantemente à criação de três Centros de Fortalecimento Muscular (CFM) localizados em dois parques e em um CESA. O conjunto desses projetos foi nomeado *Lazer e Saúde* e passou também a fazer parte da agenda da Secretaria de Saúde, sobretudo com as ações do programa Caminhando para a Saúde que acontecia nas US do município e do CFM cujo foco estava no atendimento aos adultos e idosos, preferencialmente SUS dependentes³.

No programa do Departamento de Lazer de 2006, o *Lazer e Saúde* apareceu com o seguinte objetivo:

Proporcionar à população uma melhor qualidade de vida, promovendo atividades corporais voltadas à promoção da saúde. O Departamento de Lazer/SCEL e a Secretaria de Saúde desenvolvem três ações conjuntas: 1) Programa de práticas orientais - Lian Gong, Tai Chi Chuan, Yoga, Chi Kung, Massagens Terapêuticas e Danças Circulares - em Parques e Centros Educacionais; 2) Programa de caminhada monitorada nas Unidades de Saúde, que consiste na realização de cursos permanentes, encontros, seminários e eventos; 3) Os Centros de Fortalecimento Muscular que funcionam nos equipamentos: CESA Palmares, CESA Cata Preta e Chácara Pignatari. Estes centros trabalham com exercícios resistidos que buscam proporcionar ao idoso uma melhor condição de saúde.

Apesar de a agenda ser pactuada conjuntamente entre os setores Lazer e Saúde, as ações foram claramente fragmentadas, compartimentadas, ou seja, a maior parte do planejamento, o desenvolvimento, as avaliações sistemáticas e a seleção dos profissionais que conduziram as práticas foram feitas pelo Departamento de Lazer enquanto o Departamento de Assistência à Saúde (DAS) responsabilizou-se pelo pagamento dos profissionais e participou dos momentos de avaliações pontuais. Mesmo assim, podemos afirmar que a lógica intersetorial estava presente na construção de objetivos comuns e na “divisão de tarefas”.

Método

Na pesquisa-intervenção realizada em Santo André junto ao Programa *Lazer e Saúde* optamos pela metodologia qualitativa a fim de nos aproximarmos da realidade do grupo de gestores que direta ou indiretamente eram responsáveis pelo Programa. Foi realizada observação sistemática das atividades e realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores do Departamento de Lazer e da Secretaria de Saúde e com gerentes de US. Para facilitar a abertura e orientar a “conversa” (Minayo, 2006), foi elaborado roteiro com sete itens que abordavam questões como políticas públicas, práticas corporais, problemas, possibilidades e limites da relação entre os setores lazer e saúde. Ao longo do percurso das entrevistas, foi necessário aprimorar o roteiro, corrigir expressões que permitiam dúvida sentido e suprimir perguntas inadequadas (Oliveira, 1999). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas com consentimento dos entrevistados, após serem informados sobre a pesquisa, seus objetivos, instrumentos e garantias com relação a sua adesão ou não.

Após identificar que o *Lazer e Saúde* atendia grande parte da região urbana de Santo André, por intermédio de práticas corporais orientais, do Programa “Caminhando para a Saúde” e dos CFM, foi necessário estabelecer um recorte no estudo de campo de maneira a não perder o contexto do Programa nem suas peculiaridades, tendo em vista que as ações aconteciam em regiões econômica e socialmente diferentes.

Dessa forma, o caminho metodológico adotado para identificar as pessoas a serem entrevistadas teve início nos dois departamentos que gerenciavam o *Lazer e Saúde*: o Departamento de Lazer (sujeitos 1 e 2) e o Departamento de Assistência à Saúde (sujeitos 3 a 8). No primeiro, foram entrevistadas as pessoas responsáveis pela decisão, organização e execução do Programa. No DAS, embora a orientação fosse a mesma, a complexidade foi maior, visto que a organização e execução das práticas estavam direta-

3 O termo SUS dependente fazia referência aos munícipes que eram cadastrados e utilizavam as US.

mente vinculadas aos gerentes das 32 US do município. Assim, a opção de recorte foi fundamentada na organização territorial do setor saúde, estruturada em quatro gerências, de modo que as entrevistas foram realizadas com um sujeito integrante de cada gerência. A gerência IV não foi incluída porque se referia à subprefeitura de Paranapiacaba e Parque Andreense, local não abrangido pelo *Lazer e Saúde*.

O agendamento e as entrevistas com os gestores dos dois departamentos aconteceram de forma tranquila, sem constrangimentos e com interesse por parte dos entrevistados. Já com os gerentes das US tivemos dificuldade para realizar as entrevistas e adotamos o critério “disponibilidade” para a escolha dos gerentes.

Depois de cuidadosa leitura das entrevistas, temas⁴ foram identificados e organizados nas seguintes categorias: dificuldades, aspectos positivos e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Os dados foram organizados em uma matriz planejada que continha nas linhas as categorias e subcategorias empíricas e nas colunas os sujeitos entrevistados. Quando a matriz era lida na horizontal, as categorias se destacavam do contexto e ganhavam relevância atravessando as falas dos entrevistados. Quando lida na vertical, os sujeitos falantes eram os que ganhavam destaque com as suas falas atravessando os diferentes temas. Essa metodologia permitiu visão ampla e relacional entre as categorias empírica e sujeitos entrevistados e, ao mesmo tempo, uma análise aprofundada com o aporte da literatura específica.

Resultados e discussões

Para discutirmos a intersetorialidade a partir dos dados retirados da matriz planejada, optamos por criar subcategorias dentro do tema de modo a organizar o conjunto das falas e melhorar o entendimento, a discussão e o diálogo com a literatura. Assim, o texto que se segue será apresentado tendo como foco os seguintes subtemas: 1) Ação conjunta; 2) Setor do setor; 3) Pessoas, políticas ou políticas

de pessoas; 4) O programa *Lazer e Saúde* ou as práticas corporais; 5) Dono, parceiro ou colaborador; e, 6) Comunicar é costurar. Cabe destacar que o tema intersetorialidade, objeto de interesse central neste artigo, esteve presente em todas as categorias de análise: apareceu nas dificuldades, nos aspectos positivos, nas falas específicas sobre o programa *Lazer e Saúde* e nas questões relativas à PNPS, o que evidenciou o pressuposto inicial de que o *Lazer e Saúde* traria importantes elementos para a discussão dessa temática.

Ação conjunta

O primeiro subtema que identificamos nas falas dos sujeitos entrevistados diz respeito ao problema da ação conjunta.

...acontece que na medida em que esses projetos vão sendo desenvolvidos, existem diferentes intensidades de trabalho conjunto. [...] Mas o principal problema é a operação conjunta desse projeto. Em alguns casos, por exemplo, como o caso da caminhada, toda a parte administrativa da contratação de pessoal é [feita] via Secretaria de Saúde, mas se eu posso dizer, a parte pedagógica é desenvolvida pelo Departamento de Lazer e em alguns momentos essas partes têm dificuldade de conversar. No caso do CFM é a mesma coisa, no modelo que a gente adotou aqui, a Secretaria de Saúde adquiriu os equipamentos e nós tivemos, além da Saúde e do Lazer envolvidas a Secretaria de Educação. Fizemos a implementação conjunta, mas também vivemos momentos de dificuldades para criar maior organicidade naquilo que foi contratado no início do projeto. (Sujeito 1)

...inicialmente eu acho que nós tivemos problemas com alguns profissionais porque entendem que isso é coisa do Lazer... (Sujeito 8)

Os relatos acima explicitam que uma das razões que interferem no agir em conjunto é a gestão individual e isolada de cada departamento. A concepção parte de uma visão segmentada da organização administrativa municipal, o que favorece um pen-

4 O “tema” é uma noção que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico visado (Minayo, 2006). Ou seja, o tema emerge a partir da unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (Bardin, 1976).

samento linear e dificulta as ações de cooperação e parceria, desfavorecendo uma reflexão intuitiva.

...você tem várias pessoas olhando e não tem um fluxo muito claro de como esse trabalho vai acontecer. Então, eu acho que o problema é esse: a gente não tem dentro de nenhuma secretaria ou departamento ou dentro da prefeitura, que seja, alguém que pudesse ter esse olhar, que pudesse organizar para poder otimizar. Você tem lá a sua limitação de recursos, por exemplo; então, você tenta otimizar; quando você tem várias secretarias envolvidas, às vezes, você acaba se perdendo e não tendo uma otimização tão positiva, então esse é um problema. (Sujeito 3)

O *Lazer e Saúde* mobiliza diferentes pessoas de diversas secretarias que, de alguma forma, estão envolvidas com a proposta como, por exemplo, gerentes, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, profissionais de educação física e gestores. Entretanto, os relatos apontam para a carência de pessoas com olhar para o conjunto das ações - olhar ampliado, desde a concepção até a avaliação - de modo a reafirmar a linearidade do pensar e agir contribuindo, portanto, com a segmentação e individualização dos trabalhos.

...eu acho que o que nós temos hoje para essas duas atividades é o nosso relacionamento com o Lazer e com a Secretaria de Educação, que é quem fornece para a gente o local dos centros de fortalecimento. A Educação [...] forneceu o local, ela ajuda de alguma forma a organizar, porque os funcionários do CESA é que vão nos ajudar de alguma forma; então, também tem a sua participação importante, mas eu acho que fundamentalmente quem realmente dá o norte é o Departamento de Lazer, que é o que tem a possibilidade de estar contratando profissionais no sentido de conhecer as pessoas especializadas... (Sujeito 3)

A ação conjunta é entendida como a realização de tarefas que independem uns dos outros. A Educação empresta o local, as US são os espaços de referência das práticas corporais/atividade física para a população e o Lazer faz as contratações do pessoal especializado. Fica explícito que a relação

intersectorial alinhavada nesse programa é percebida como a soma das partes e não sob a perspectiva intersectorial, pois nenhuma das partes consegue, de fato, compor com o todo. Para que o *Lazer e Saúde* avançasse no aspecto da intersectorialidade, seria preciso articular as partes que se fazem soltas, pois “é das relações das partes que surgem novas potencialidades que também as retroalimentam, estimulando-as a expressar sua individualidade” (Junqueira, L. A. P., 2000, p. 36-37).

Apesar dessa segmentação do setor saúde, a intersectorialidade vem ganhando força como estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade que incidem sobre o processo saúde-doença. Movimentos internacionais como a “Promoção da Saúde” e “Cidades Saudáveis”,⁵ cuja lógica incorpora necessariamente ações intersectoriais e vêm ganhando centralidade no âmbito do setor saúde no País (Monnerat e Souza, 2011).

Setor do setor

Como decorrência da ausência de uma ação conjunta entre os diferentes departamentos integrantes do *Lazer e Saúde*, tem-se uma visão e uma ação setorializada, mediante a qual cada sujeito reconhece-o sob uma ótica fragmentada e particular, perdendo a essência do programa:

...quando eu vim para essa unidade eu comecei a questionar muito a postura dos profissionais, tanto dos médicos, quanto da limpeza, quanto da enfermagem, quanto da recepção administrativa. Eu via muito setorializado: eu sou da enfermagem..., eu sou da recepção... e não havia um envolvimento maior. Eu acho que em uma unidade isso não funciona, você tem que ter envolvimento, você tem que ter a postura profissional de chegar para o médico e dizer: olha doutor, isso não pode acontecer. (Sujeito 7)

Para além da segmentação entre os diferentes setores da gestão municipal, já destacada anteriormente, o relato acima identifica outro tipo de fragmentação: uma divisão interna do próprio setor. Em outras palavras, nas US, por exemplo, a recepcionista tem papel bem definido, assim como a enfermeira, o

5 O movimento Cidades Saudáveis, fomentado pela Organização Mundial de Saúde desde 1986, objetiva o estabelecimento de políticas públicas urbanas, voltadas à melhoria da qualidade de vida, com ênfase na intersectorialidade e na participação social.

profissional de limpeza, de educação física e o médico, mas com pouca ou nenhuma articulação entre eles. Há pouca ação conjunta e corresponsabilidade entre esses profissionais na organização do processo de trabalho, o que evidencia a formação de pequenos setores dentro do setor saúde.

Todavia, é preciso destacar que a articulação entre os profissionais e sujeitos envolvidos deverá acontecer no local de atuação, pois o território é o local privilegiado para as articulações políticas de desenvolvimento urbano e social, haja vista que é lá que estão os sujeitos-alvos dessas políticas (Sposati, 2006; Nascimento, 2010).

...inclusive porque o que acontece tem sempre uma fragmentação, não existe uma conexão entre o pensar do trabalhador da Saúde e o pensar do usuário do serviço de Saúde, não existe isso. Esses pensamentos eles não se cruzam em nenhum momento e eles diferem da água para o vinho. É difícil para a gente que tem bastante tempo na cidade, quando os dois grupos conseguem concordar com a mesma questão... (Sujeito 4)

Além da divisão dentro de um setor específico que alicerça uma fragmentação nos modos de pensar entre os profissionais de saúde que atuam nas US - principal porta de entrada para o usuário no SUS - existe outro fragmento, uma incoerência entre o pensar do trabalhador de saúde e o usuário do serviço, como aponta o relato acima. Essa desconexão afeta diretamente a implementação de programas e ações pensadas pela gestão e/ou pelos atores do serviço, pois, na maioria das vezes, não fazem sentido para os profissionais e usuários envolvidos.

Esse agir desconectado não se refere somente aos setores ou atores, está impregnado na própria US, arraigado nos cargos e profissões (como coloca o sujeito sete) regidos por órgãos reguladores específicos (conselhos e administração verticalizada, por exemplo). Essa divisão dentro do setor vai ao encontro do apresentado por Campos e Dimitti (2007) que descrevem a segmentação para além dos cargos e profissões, ou seja, está no desenho arquitetônico da maioria dos ambulatórios, com uma sucessão de pequenas salas para consultórios ou procedimentos que, de tão desconectados, poderiam funcionar em espaços geográficos distintos.

Contudo, não podemos cair no engano de que para se construir programas ou projetos com forte intersectorialidade devemos nos posicionar contrários à setorialidade, pois intersectorialidade não é antagonica ou substitutiva da setorialidade, elas são complementares. É imperativo para a eficácia de projetos ou programas que se complementem as políticas setoriais com a intersectorialidade (Sposati, 2006).

Pessoas, políticas ou política das pessoas

A implementação de programas ou projetos focados nas ideias e desejos específicos de pessoas que estão em determinado momento à frente da ação e não nos objetivos e diretrizes das políticas públicas do setor é uma das causas da circularidade ou do desmonte de muitos projetos que são desenvolvidos.

...tem determinada pessoa que naquele departamento é a pessoa de cabeça aberta, que tem mais condição de escuta, de discutir um projeto, que não olha só o seu próprio umbigo; então sai um trabalho legal, mas a gente que trabalha na Prefeitura é assim: a gente está aqui e amanhã a gente está lá. A gestão é muito enfocada nas pessoas aqui em Santo André, eu acho; não é uma política. Então, essa questão da intersectorialidade acaba sendo prejudicada aí, porque não existe a política, existe a pessoa. Se a pessoa não está, não acontece e é ruim isso... (Sujeito 4)

O enfoque nas pessoas e não no projeto político, apontado pelo sujeito 4, elucida uma dificuldade de continuidade e apropriação do Projeto pelos profissionais que estão engajados naquele momento e nos que os substituirão futuramente. Essa dificuldade tende a ser mais acentuada na esfera pública, local no qual as pessoas são deslocadas de setores ou mesmo afastadas do governo, independentemente da sua competência ou envolvimento com o projeto, pois as estruturas organizacionais municipais ainda estão organizadas num formato piramidal (Westphal e Mendes, 2000) e são centralizadas, o que dificulta a intersectorialidade, pois as “características e as demandas de um território (dinâmica, cidadão, natureza) é que determinam a extensão e a intensidade da intersectorialidade face ao objetivo a ser atingido” (Sposati, 2006, p. 135). Apesar de

as diretrizes das políticas serem elaboradas por pessoas, sua implementação ainda está refém dos interesses individuais (políticas das pessoas) ou de grupos políticos que fazem a gestão durante determinado período.

O Programa Lazer e Saúde ou as práticas corporais

Outra questão importante com relação à intersectorialidade identificada a partir das entrevistas gira em torno da fragmentação do Programa, ou seja, ao mesmo tempo em que ele pode ser visto como uma iniciativa integrada, também pode ser entendido como um conjunto de práticas corporais isoladas:

...Eu acho que o que nós temos hoje [de bom], para essas duas atividades, [Caminhando para a Saúde e CFM] é o nosso relacionamento com o Lazer e com a Secretaria de Educação... (Sujeito 3)

...então, talvez a potencialidade é criar situações de sociabilidade, criar situações de lazer mesmo, de lazer no grupo, de maneira a fortalecer os vínculos, fortalecer os laços, de modo que a pessoa pratique atividade física com frequência, com prazer, enfim, nos seus grupos. Isso eu acho que vale tanto para o Caminhando quanto para o CFM... (Sujeito 1)

Essa desarticulação, acompanhada pela ausência de uma unidade à qual Morin (1996) se refere, pode ser entendida como uma dificuldade significativa na construção da ação intersectorial no *Lazer e Saúde*. Podemos perceber que os gestores envolvidos com o Programa se posicionam de maneira a segmentá-lo; suas referências são, na verdade, as práticas corporais como o “Caminhando para a Saúde”, o CFM e o Lian Gong e não o *Lazer e Saúde*.

Esse modo de compreender e intervir vai ao encontro da lógica que predomina no mundo do trabalho, uma lógica dicotômica, em que as ações são setoriais e muitos dos trabalhos chamados intersectoriais são, na verdade, desenvolvidos integradamente, ou seja, a integração acontece por projetos específicos que são definidos por determinado setor (Westphal e Mendes, 2000), como no caso do *Lazer e Saúde*. O Programa originou-se de uma ação experimental do Departamento de Lazer, a partir da identifica-

ção da grande demanda da população por práticas corporais, começou a fazer parte da agenda do setor saúde após virar demanda no Orçamento Participativo, mas ao longo da sua implementação a maior parte do planejamento, desenvolvimento, avaliações sistemáticas e seleção dos profissionais que conduziram as práticas foi realizada pelo Departamento de Lazer, enquanto que o DAS responsabilizou-se pelo pagamento dos profissionais e participou dos momentos de avaliações pontuais.

De acordo com Westphal e Mendes (2000), os modelos de gerenciamento de projetos intersectoriais podem ser divididos em três tipos de formato. O primeiro pressupõe que as secretarias e outros órgãos segmentados por áreas de conhecimento sejam substituídos por um corte territorial, seguindo a lógica da descentralização e da intersectorialidade. Com esse novo entendimento, caberia às secretarias regionais - não mais setoriais - a missão de identificar os problemas de seu território geograficamente delimitado e planejar de forma integrada as ações para a melhoria de qualidade de vida da população de sua jurisdição.

O segundo formato está baseado em mudanças graduais e processuais, de modo que a sua essência não se fundamenta nem em mudanças de estrutura, nem de legislação e sim em mudanças inovadoras, permanentes e graduais no aparato administrativo. Como no caso de Curitiba, exposto pelos autores, no qual a administração transformou todas as propostas de campanha em 24 projetos estratégicos e intersectoriais que permeavam por todos os setores da estrutura organizacional, mantendo inclusive os cargos e funções gratificados. Cada um dos órgãos manteve sua função específica, porém agregou sua especificidade na construção dos projetos intersectoriais que se desenvolveram através da lógica de problemas e territórios.

Inojosa⁶ (1999), apud Westphal e Mendes (2000), aponta para um terceiro formato, que seria a articulação dos setores em redes de parcerias entre órgãos governamentais, não governamentais e a comunidade para a resolução de problemas de uma população que vive em determinado território.

6 INOJOSA, R. M. Movimento municípios saudáveis: aspectos legais relacionados à operacionalização e implementação do planejamento intersectorial. In: SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SAUDÁVEIS: ASPECTOS CONCEITUAIS, LEGAIS E OPERACIONAIS, 1999, São Paulo. Anais... São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1999.

Dono, parceiro ou colaborador

Outro ponto de destaque é o entendimento do que é uma parceria e quais as suas implicações no gerenciamento de projetos intersetoriais. A intersectorialidade pode ocorrer em diferentes níveis e entre diferentes esferas. A retórica da colaboração defende que os atores são iguais, isto é, têm igual poder de colaborar entre si. No entanto, a questão da parceria envolve a ideia de conflito, considerando que atores têm graus bastante variados de condições e de poder, devido às iniquidades estruturais subjacentes, tais como o acesso ao dinheiro, informação ou poder (Westphal e Mendes, 2000).

Assim, as questões relativas às parcerias encerram conflitos constantes que devem ser identificados, debatidos e resolvidos para o aprimoramento da intersectorialidade e não podem ser entendidos e simplificados como um simples trabalho em conjunto ou através de uma relação de posse.

...parceria é complicado [...] eu sempre achei que a Saúde eram os nossos parceiros, mas eu ouvi ao contrário, que nós é que somos parceiros da Saúde, apesar de gerenciarmos o programa e fazer todo o acompanhamento. Os entendimentos sobre parceria são complicados porque parceria é trabalhar em partes iguais, mas o que eu vejo hoje, o que prevalece é o seguinte: quem mantém financeiramente o programa é o dono dele e os demais são parceiros, mesmo que a participação seja só no financiamento. No caso da Saúde, tendo uma conversa com o pessoal da comunicação, [...] ele usou exatamente essa expressão “Ah! eu pensei que era ao contrário, eu sempre ouvi dizer que vocês é que são parceiros deles, porque lá na Saúde eles dizem... que o programa é deles e vocês é que são parceiros”. Então acho meio desconexa essa relação de parcerias, o entendimento que as pessoas têm sobre isso [...] A gente faz uma troca de verbas, até porque eles não podem estar contratando para esse tipo de atividade, para atender a terceira idade e aí a gente tem a total liberdade de gerenciar, definir; sabe, eles não interferem em nada... (Sujeito 2)

O relato acima evidencia a confusão conceitual e operacional na atuação conjunta no *Lazer e Saúde*. A disputa de poder pela propriedade do programa está

explícita, com destaque para o conflito que envolve o poder econômico, operacionalização e gerenciamento das atividades. No primeiro relato, que destaca o pertencimento do programa, o entrevistado (sujeito que atua no Departamento de Lazer) manifesta descontentamento com o desequilíbrio na parceria, pois apesar de gerenciar o programa e fazer todo o acompanhamento, o entendimento das pessoas não muito envolvidas na gestão do programa é que eles (Saúde) é que são os donos. O trecho também destaca a operacionalização, então o desequilíbrio da parceria parece não importar mais, ao contrário, aparece como algo positivo, como forma de liberdade para agir sem “interferência”. O termo interferência utilizado pelo entrevistado é bem interessante, pois está acompanhado da liberdade de gerenciar e definir, passando a ideia de que o parceiro atrapalha o andamento dos trabalhos.

...aqueles gerentes que ficam responsáveis pela ação cotidiana têm interesse, têm um movimento muito interessante, agora as pessoas que se colocam como parceiros nem sempre se posicionam da maneira esperada, atuam ou se comprometem da maneira esperada [...]. Além disso, como a gente presta serviço em locais que não necessariamente são da nossa gerência [...] e a gente encontra resistências de outras ordens. Então, se você vai levar um serviço novo, Caminhando para Saúde, por exemplo, ele acontece em Unidades de Saúde e essas Unidades têm responsáveis; muitas vezes esses responsáveis acham que a chegada desse programa trata-se de uma inovação, trata-se de um benefício para a Unidade e outras vezes ao contrário, as pessoas acham que isso vai atrapalhar o andamento da Unidade e me parece que a questão de fundo é um entendimento da política de saúde... (Sujeito 1)

O entrevistado propõe uma classificação de interesse/eficácia a partir do envolvimento cotidiano (cotidiano x esporádico). Quanto mais próximo do cotidiano da ação, mais eficaz é o envolvimento e quanto mais afastado, menor. Nesse sentido, a gerente ou profissional de saúde que atua no local aonde acontecem as práticas está mais envolvido com o programa que o gestor municipal. Na mesma medida faz distinção entre a gerente da US e o parcei-

ro, sugerindo que parceria é somente a relação que se estabelece na gestão do projeto e que os sujeitos que se envolvem localmente não fazem parte dessa parceria.

Em conclusão, podemos inferir, segundo a lógica da eficácia adotada a partir do envolvimento cotidiano, que os sujeitos que definem estratégias e recursos para o *Lazer e Saúde* têm baixo interesse/eficácia se comparados com os sujeitos ligados à ação cotidiana, o que vai de encontro com a política de promoção da saúde. A saúde como produção social de determinação múltipla e complexa exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção - usuários, movimentos sociais, trabalhadores e gestores do setor saúde e outros setores - na análise e na formulação de ações que visem a melhoria da qualidade de vida. Há necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas se faça por meio da construção de gestão compartilhada (Brasil, 2006). Assim, fica explícito que o Programa *Lazer e Saúde* enfrenta dificuldades na articulação das parcerias, seja nos variados graus de poder, no envolvimento dos diferentes atores, seja no entendimento sobre os conceitos básicos da ação intersetorial.

Comunicar é costurar

A dificuldade de comunicação também é outro ponto destacado nas falas dos entrevistados e se apresenta como importante eixo na construção de ações intersetoriais eficazes.

...hoje eu tenho dificuldade de falar com outros departamentos. Lazer, por exemplo, eu não sei quem é a pessoa de referência, eu não sei quem é a pessoa de referência no Serviço Social..., a gente fica fechado na Saúde. Por exemplo, o Lazer faz atividades que poderiam ser passadas para nós e que a gente poderia divulgar para esse grupo participar também. O Parque Escola tem cursos gratuitos, coisas muito legais que a gente não tem como divulgar, porque a gente não sabe. A comunicação não é muito bem feita. Acho que a gente tem um problema de comunicação... (Sujeito 6)

...que eu me lembre não [outras ações da rede básica de saúde], porque é o que a gente sempre fala,

a gente se conversa pouco, sabe pouco dos outros departamentos... (Sujeito 5)

Verifica-se que a falta de comunicação não impede apenas o conhecimento de ações implementadas por outros departamentos da Prefeitura, mas dificulta o conhecimento do próprio *Lazer e Saúde*. A comunicação é a costura da ação intersetorial, à medida que articula as partes, expõe os conflitos e pode viabilizar soluções.

Campos e Dimitti (2007) vão mais além ao apontar não somente a importância de se facilitar a comunicação entre os diferentes atores, mas também para a necessidade de se montar um sistema que produza compartilhamento sincrônico e diacrônico das responsabilidades de acordo com cada projeto. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro, é necessário que alguém se responsabilize pelo segmento longitudinal e pela construção de uma lógica que procura integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais. Em geral, esse papel cabe aos integrantes da equipe de referência.

De fato, o relato do sujeito seis aponta nessa mesma direção quando se refere à falta de alguém que assuma o papel da referência na comunicação entre os diversos departamentos da Prefeitura. Apesar da importância da comunicação na costura intersetorial das ações, ela não é ponto de destaque em muitas das definições de intersetorialidade que encontramos na literatura. A Rede Unida, por exemplo, define intersetorialidade como

a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (Feuerwerker e Costa, 2000, p. 26).

Na mesma mão, Rodrigo Junqueira, Luciano Junqueira, Rose Inojosa e Suely Komatsu nas suas definições sobre intersetorialidade não incluem o aspecto da comunicação.

Considerações finais

A análise do processo de implementação do Programa *Lazer e Saúde* no município de Santo André revelou questões importantes para refletirmos sobre os modos de organização da atenção e do cuidado em saúde, tanto na dimensão positiva quanto na do enfrentamento das dificuldades relativas à operacionalização de iniciativas que associam práticas corporais e promoção da saúde no SUS. O aprofundamento na questão da intersetorialidade permitiu compreender a complexidade e a importância dos diversos atores e setores. Esse campo de forças - na dimensão dos saberes e das práticas - é fundamental na identificação de novas potencialidades, de envolvimento corresponsáveis e de uma perspectiva integrada nos processos de implementação de programas, projetos e políticas públicas.

Os seis subtemas discutidos neste artigo apontaram fragilidade da ação intersetorial no *Lazer e Saúde* e evidenciaram que essas barreiras são também objeto de discussão e enfrentamento apontados na literatura acadêmica. Nesse sentido, destacamos alguns pontos indicados nesta análise que devem ser levados em consideração no pensar e na construção de ações intersetoriais.

O primeiro diz respeito à complementaridade entre a intersetorialidade e a setorialidade, ou seja, a intersetorialidade não é antagônica ou substitutiva da setorialidade, ao contrário, para a eficácia de projetos ou programas é imperativo que as políticas setoriais se complementem com a intersetorialidade.

O segundo diz respeito à necessidade de olhar o todo como unidade, preservando, contudo, a individualidade das partes e permitindo que cada parte elabore seu próprio desenho organizativo e arquitetônico da ação, pois há especificidade nos diferentes lugares e nas equipes que irão atuar. Para tanto, é fundamental que a equipe de gestão e execução dos projetos seja formada por alguns sujeitos com olhar atento ao contexto, o que possibilitará identificar, adequar e agregar tarefas de maneira a aproximar os modos de pensar e agir dos trabalhadores e usuários, dando significado e sentido à ação.

Outro ponto, diz respeito à pactuação entre os envolvidos com relação aos conceitos, objetivos e diretrizes dos projetos, programas ou políticas,

de maneira que a sua gestão e execução não fique restrita aos entendimentos individuais e, portanto, vulnerável às mudanças de cargos e setores comuns na administração pública. Essa pactuação deve envolver não só os trabalhadores do serviço, mas, sobretudo, a comunidade atendida pois, dessa maneira os programas e projetos ficarão menos vulneráveis às mudanças na administração e possibilidade de sustentabilidade da ação.

O quarto ponto diz respeito à necessidade da construção de redes de trabalho e o entendimento de que essa forma de atuação coletiva envolve a ideia de parceria, ou seja, de conflito contínuo, pois a rede contempla diferentes atores com graus bastante variados de condições de trabalho e de poder. Uma “socialização ativa”, como denomina Venturini (2010), uma intervenção de elevado profissionalismo tanto do ponto de vista técnico quanto de custos, que se baseia em um critério temporal de funções e que procura ativar a integração das redes sociais e instituições envolvidas. Para tanto, dois são os passos importantes na construção dessa rede: o reconhecimento do não conhecimento, ou seja, da insuficiência do que já é sabido e da necessidade de se criar novas alternativas que dependam da influência e articulação de outros saberes; e a predisposição dos vários segmentos em abrir mão de parcelas de poder para viabilizar a ação intersetorial, o que, como já dito, não pressupõe ausência de conflito ou de contradições, ao contrário, eles estão presentes o tempo todo e aprender a desenvolver tolerância, capacidade de escuta e de negociação faz parte do processo (Feuerwerker e Costa, 2000).

O quinto ponto, a comunicação, é a amarra de todas essas questões, uma das peças-chave para montar o “quebra-cabeça” da intersetorialidade. A comunicação eficiente entre os diversos atores e setores é a costura da ação intersetorial, ou seja, é ela que estabelece a ligação entre os erros e os acertos, os problemas e as soluções, o todo com as partes e, ao mesmo tempo, possibilita a ação conjunta, o reconhecimento do não conhecimento e explicita os conflitos gerados pelos diferentes graus de poder e de condições de trabalho.

Nesse sentido, podemos acrescentar às definições de intersetorialidade novos elementos a partir da análise dos resultados obtidos com esse estudo.

A construção de linguagens e conceitos específicos para cada situação se mostraram relevantes na composição da definição de intersetorialidade que não foram destacados anteriormente ou encontrados na literatura específica. Assim, poderíamos conceber a intersetorialidade como uma articulação entre sujeitos com diferentes poderes, saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos com o objetivo de construir novos conceitos e linguagens, sincrônicas e diacrônicas⁷, para atender às necessidades e expectativas das comunidades e grupos populacionais específicos em determinado tempo e espaço geográfico de forma a superar a fragmentação, de um lado, dos saberes e práticas e, de outro, das estruturas sociais.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1976.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, DF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF, 2006.
- CAMPOS, G. W. S.; DIMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.
- JUNQUEIRA, R. Agendas sociais: desafio da intersectorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 117-130, 2000.
- JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD “EL TRANSITO DE LA CULTURA BUROCRÁTICA AL MODELO DE LA GERENCIA PÚBLICA: PERSPECTIVAS, POSIBILIDADES Y LIMITACIONES”, 11., Caracas, 1997. Caracas: UNPAN, 1997. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intrados/groups/public/documents/clad/unpan003743.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2013.
- MONNERAT, G.; SOUZA, R. Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, 2011.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MORIN, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.
- OLIVEIRA, P. *Vidas compartilhadas: cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana*. São Paulo: Hucitec: FAPES, 1999.
- SPOSATI, A. Gestão pública intersectorial: sim ou não?: comentário de experiência. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 85, p. 133-141, mar. 2006.

7 O termo sincrônico refere-se à comunicação estabelecida pelo uso da palavra articulada ou escrita entre pessoas que ocorre ao mesmo tempo. O termo diacrônico também se refere a esta comunicação, porém ao longo do tempo.

VENTURINI, E. O caminho dos cantos: morar e intersetorialidade na saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 22, n. 3, p. 471-480, 2010.

WESTPHAL, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

Recebido em: 26/04/2012

Reapresentado em: 17/06/2013

Aprovado em: 21/06/2013